

преморбидные особенности онкобольных [2]. «R. Shekelle в течение 1957–59 гг. соматически и с помощью психологических тестов (MMPI) исследовал 2020 здоровых людей. Через 17 лет катамнестическим исследованием было охвачено 95% от исходного количества обследованных. Смертность от рака составила 4,1%. У заболевших раком выявлено, что при первичном обследовании у них были повышены показатели шкалы депрессии (результат соответствовал случайной вероятности:  $P < 0,001$ )» [2]. Депрессивные симптомы нельзя было объяснить соматопсихическими проявлениями уже имевшегося, но еще не диагностируемого рака: смертность в первое пятилетие была не столь велика, как в третье.

В заключение отметим, что для того, чтобы справиться с проблемой рака, здравоохранение будущего должно выйти за рамки традиционной медицины и учесть огромную систему явлений, влияющих на здоровье. Это не значит, что следует отказаться от изучения биологических аспектов болезни, в котором так преуспела медицинская наука, но эти аспекты следует связать с общими физическими и психологическими условиями существования человека в природе и обществе.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бажин Е. Ф., Березкин Д. П., Гнездилов А. В. и др. Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Реабилитация онкологического больного (Сборник науч. трудов). Л., 1979.
2. Бройтсгалл В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
3. Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и пerversиях. М., 1998.
4. Лавская Е. И. Влияние личностных особенностей на реабилитацию онкологических больных (на материале отделения онкогинекологии). Дипломная работа. Екатеринбург: УрГУ, 2000.
5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: «Класс», 1998.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни). СПб.: Питер Пресс, 1996.
7. Тхостов А. Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Вып. 12. 1984.

*М. А. Полянский*

### **ТЯЖЕЛОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ФОРМА КРИЗИСА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ (на примере онкологического заболевания)**

Реализуя психосоматический подход в медицине (особенно в онкологии), нужно помнить об одном важном механизме взаимодействия между психикой и сомой – механизме «замкнутого круга». Сущность этого механизма состоит в том, что возникшее первоначально нарушение, например, в психической сфере (психопатология), вызывает нару-

шение в соматической сфере (соматическое заболевание), которое может в дальнейшем являться причиной психопатологических реакций. По такому «замкнутому кругу» и разворачивается целостная психосоматическая картина заболевания. Это значит, что важны психологические и социальные факторы, которые влияют не только на начало заболевания, но и на его течение [5].

Одним из наиболее впечатляющих качеств человеческой психики является ее способность преодолевать большие личные трагедии. Несмотря на такие серьезные события, как собственные болезни или смерть члена семьи, большинство людей, попавших в подобные ситуации, впоследствии достигают уровня психологического комфорта, равного или даже превосходящего уровень комфорта до трагического события. При этом существует немало свидетельств тех, кто вот уже долгие годы находится в добром здравии после пережитого лечения по поводу рака, что им понадобилось длительное время, прежде чем они снова смогли принять жизнь как нечто само собой разумеющееся [1, 3].

Действительно, в отличие от многих болезней, рак – наиболее пугающее заболевание. Его причина неизвестна, лечение сопровождается сильнейшим дискомфортом и часто дефектами (например, резекция желудка или прямой кишки), а его прогноз почти всегда неопределен. Трудно перечислить все то, что вынужден терпеть онкологический больной. Боль, тошнота, слабость, немоцность, калечащие операции, нарушение жизненных функций, потеря социального статуса, инвалидность, существование в новой роли «пациента» или даже «умирающего», чувство отчужденности, осложненное страхом быть обузой для других... И наконец, глубокое переживание обреченности больных, их страх рецидива, предвосхищаемых мучений, увечий и, в конечном счете, смерти, существование с ощущением того, что их жизнь уже взяла курс на смерть. Это то, о чем пациенты редко говорят, но что неизбежно присутствует в их переживаниях, подчас принимая форму психопатологий. Конечно, люди по-разному уязвимы в отношении перечисленных стрессов, но именно последний – тревога смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем – составляет сердцевину переживаний онкологического больного [1].

Болезнь как событие жизни, благодаря собственной активности пациента, оказывается встроенной в сложную иерархическую систему смысловой сферы личности. Чтобы понять, как болезнь получает те или иные смысловые характеристики, необходимо описать новую жизненную ситуацию, возникающую в условиях онкозаболевания, и ее роль в судьбе человека как личности.

Онкологическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно предъявляет особые требова-

ния к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни. Прежде всего следует отметить, что онкологическое заболевание может изменить биологические условия протекания деятельности. Вследствие соматогенной интоксикации могут измениться операциональные и энергетические возможности осуществления деятельности.

Другим важным компонентом социальной ситуации развития онкобольного является то, что человек вступает в новую жизненную ситуацию с уже сформировавшимися в предшествующие периоды особенностями психической и личностной организации. Анализ преморбидных особенностей личности больного составляет важное направление при анализе социальной ситуации. Онкозаболевание изменяет все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Всякое истинное развитие всегда предполагает направленность в будущее. Изменение образа будущего – одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающейся в условиях онкозаболевания, социальной ситуации развития. «Рак» – это особое смысловое пространство. Пациенты вспоминают нечто похожее на дереализацию, оцепенение, следующие за внезапным осознанием диагноза – чувство характерной оглушенности, как если бы их ударили по голове. Ведь слово «рак» и слово «смерть» тесно сопряжены друг с другом. У здорового человека временная перспектива растянута вперед, и «знаемый» конец ее не насыщен чувственной тканью, а поэтому почти нереален. Парадоксально, но будущее получает свою определенность благодаря неопределенности конца. В ситуации же онкозаболевания человек вдруг переживает обрыв бесконечной длительности, и будущее для него становится неопределенным, теряет свои четкие очертания. В этом состоит одно из наиболее драматичных для заболевшего противоречий новой жизненной ситуации. В присутствии близкого конца (что характерно для ситуации онкозаболевания) наиболее распространенным способом общения со смертью становится ее отрицание. На смерть переносится табу и заговор молчания. Люди молчат о смертельной опасности заболевания, потому что не умеют о ней говорить. Вокруг онкобольного нередко возводится завеса лжи, от него скрывают его состояние, чтобы не сделать его несчастным, не причинить ему большей боли [2, 4, 6].

На культивировании отрицания построены многие программы психологической помощи онкобольным. Все обыгрывается так, будто с этими людьми ничего особенного не происходит. Им внушается, что они – те же, что и были, просто без желудка или части кишечника. Ситуация опасности осталась позади (или останется позади), их вылечили

(или вылечат), а впереди их ждет активная, деятельная жизнь. Конечно, отрицание не делает ситуацию совсем обыденной, но по крайней мере позволяет достаточно эффективно справляться с повседневными делами.

Онкологическое заболевание высвечивает то важное, что вообще характерно для человеческого бытия, но что зачастую скрыто от глаз. Конфронтация со смертью – ни с чем не сравнимая ситуация, способная привести к радикальной личностной трансформации. Отмечаются поразительные сдвиги, происходящие с больными раком не терминальной стадии [1, 6]. Эти внутренние изменения нельзя назвать иначе, чем «личностный рост». Среди перечисляемых перемен – уменьшение значения жизненных тривиальностей, чувство освобожденности, обостренное переживание жизни в настоящем, более глубокий контакт с близкими и т.д.

Еще одним аспектом описания социальной ситуации развития в условиях онкозаболевания является рассмотрение социальных последствий болезни, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности (переход на инвалидность), превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения и т.п., как правило, является следствием болезни и составляет еще один пласт переживаний и опасений пациента онкологической клиники.

Новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражает основные смысловые изменения в структуре личности. В общем, новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для судьбы развития его личности в целом новообразований, так и негативных черт психики с тенденцией к оскудению и обеднению всего психического облика.

Таким образом, ситуация онкологического заболевания может рассматриваться как ситуация, провоцирующая кризис психического развития и развития личности. Другими словами, онкологическое заболевание является своеобразным фоном, на котором возникают психологические конфликты личности, обусловленные фрустрирующим воздействием психогенных факторов. Главным из них является осознание факта наличия опухоли и необходимости оперативного лечения (очень часто калечащего). Суть же основного психологического конфликта заключается в предполагаемом крахе жизненных ожиданий и возникновении в связи с болезнью реальной угрозы для жизни.

До сих пор, говоря о реакциях онкологической личности на кризисную ситуацию болезни, нами ничего не было сказано о тех усилиях, которые предпринимают больные, чтобы справляться с тяжелыми невзгодами. Именно этот аспект подчеркивается в ставшем достаточно популярным в западной психологии понятии «совладание с болезнью».

Под совладанием понимается вся «когнитивная и моторная активность, которую использует больной человек для сохранения своей телесной и психической целостности, для восстановления обратимых нарушений функций и компенсации ограничений в случае необратимых нарушений» [3]. Болезнь как кризис ставит человека перед необходимостью решения основных задач адаптации, для каждой из которых должны быть найдены свои способы совладания.

К первой категории стратегий совладания можно отнести те, которые базируются на отрицании, либо преуменьшении степени серьезности кризиса. Отрицание обычно рассматривают как примитивный защитный механизм. Однако использование примитивных мифов, основанных на отрицании, в ряде случаев сохраняет силы, необходимые человеку для других свершений или просто для повседневной адаптации.

Другая группа стратегий совладания включает те из них, которые связаны с поиском соответствующей информации. Адекватная информация зачастую уменьшает тревогу, вызываемую неопределенностью или неполным знанием. Однако пациенты онкологической клиники редко проявляют инициативу в поиске адекватной информации о своем заболевании.

Важнейшую группу совладающих стратегий составляют те, которые направлены на поиск утешения и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, медицинского персонала. Поддержка больше выполняет роль «стрессового буфера» в период острого кризиса начала болезни и во время лечения. Несмотря на чувство одиночества, характерное для человека в критические моменты жизни, поддержка служит как бы эхом реальности, давая пациенту уверенность, что он все еще находится в контакте с нею. Однако всецело положительный взгляд на поддержку слишком наивен. Социальное взаимодействие с раковыми пациентами нередко окрашивается в тона амбивалентности – жалости и фальшивого оптимизма (или воспринимаются таковыми самими пациентами). В таком случае позитивные действия могут нести негативный смысл.

Когда жизнь становится особо невыносимой, как это бывает в случае тяжелого недуга, многие люди мучаются вопросом: «Почему Я?». Они могут обвинять свои прошлые ошибки, свою наследственность, врача и т.д. и тем самым находить мишень для излияния гнева. Для того, чтобы принять случившееся, очень важно суметь найти глав-

ную цель или смысл в течении событий. Усилия, предпринимаемые в этом направлении, составляют еще одну группу стратегий совладания.

Все вышеизложенное показывает, что ситуация онкологического заболевания выступает формой кризиса развития личности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бусыгина Н. Психологическая помощь онкологическим больным в свете холистической модели болезни // Московский психотерапевтический журнал. Вып. 1. 2000.
2. Бутылина Н. В. Психологические расстройства у больных онкологическими заболеваниями (По материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз) // Российский психиатрический журнал. Вып. 5. 1998.
3. Дорожнев А. Н. Когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям // Журнал практического психолога. Вып. ... 4. 1998.
4. Молодецких В. А., Папырин В. Д., Тхостов А. Ш. Личностные реакции у мужчин на онкологическое заболевание // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Вып. 12. 1981.
5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (Новый взгляд на тяжелые болезни). СПб.: Питер Пресс, 1996.

Л. И. Колосова, А. И. Рачинский

### ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Она обнаруживается у 25–30% всего взрослого населения планеты, а у лиц старше 60–65 лет ее частота достигает 50%. В настоящее время под артериальной гипертензией понимают состояния, главным признаком которых является повышение артериального давления до уровня 140/90 мм ртутного столба и более.

В наших исследованиях отчетливо прослеживается зависимость артериальной гипертензии от пола и возраста больных. До 30–40 лет болезнь чаще всего встречается у мужчин; к периоду менопаузы ее частота у мужчин и женщин выравнивается. В постменопаузе, когда естественная гормональная защита сердечно-сосудистой системы у женщин исчезает, число женщин с повышенным артериальным давлением резко возрастает. По данным исследований (Е. Cohen и др.) в середине 90-х годов женщины в постменопаузе составляли 50% всего населения, страдающего артериальной гипертензией. Лишь к 65–70 годам жизни заболеваемость у мужчин и женщин вновь практически выравнивается.

По результатам исследований Г. Ф. Ланга [2], А. Л. Мясникова [3], М. Дебейки и А. Готто [1], М. С. Кушаковского [4] значительная роль в возникновении гипертонической болезни отводится :

1. Характеру трудовой деятельности.
2. Эмоциональным нагрузкам.